FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Octobre 1908, à 1 heure

Par M. CHARLES ROUSSEAUX

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né à Montluçon (Allier), le 28 Janvier 1882.

DU

TRAITEMENT DE CERTAINS PROLAPSUS UTÉRINS

par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas

TRAVAIL DU SERVICE CIVIALE (Hôpital Lariboisière)

Président : M. PAUL BAR, *Professeur.*

Juges : MM. HUTINEL, *Professeur.*
MARION, }
NOBÉCOURT, } *Agrégés.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		MARIE (Pierre).
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		QUENU.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE.
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		BALLET (Gilbert).
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements		PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Clinique Tarnier
Membre de l'Académie de médecine.

Pour le grand honneur qu'il nous fait d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A M. le Docteur ARNOULD

Ancien interne lauréat des Hôpitaux

Chirurgien de l'hôpital Saint-François.

Pour la bienveillance, pour la sympathie, pour toute l'affection qu'il nous a témoignées, nous ne pouvons que lui donner l'assurance de notre profonde et inaltérable reconnaissance et des sentiments qui sont plus que ceux d'un élève pour le meilleur des maîtres, puisqu'il nous a accueilli comme un fils.

A M. le Docteur MARION

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Hommage de très respectueuse gratitude.

AVANT-PROPOS

A la fin de nos études, nous considérons comme un devoir bien doux pour nous de remercier les maîtres qui, à la Faculté et dans les hôpitaux de Paris, nous ont prodigué à chaque minute de nos études médicales, leur savoir inépuisable et leur bienveillante sympathie.

Notre premier maître, M. le docteur Campenon, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, nous a initié dans son service de la Charité à l'étude de la chirurgie. Il nous a donné non seulement les premières et difficiles notions pour un jeune élève qui débute, mais encore, après un accident d'amphithéâtre, il nous a prodigué ses soins avec tant de bonté que nous le prions d'accepter l'hommage ému de reconnaissance pour avoir recouvré la santé, grâce à lui, et le souvenir impérissable qu'un médecin garde pour son premier maître.

M. le professeur Landouzy, doyen de la faculté de médecine, nous a accueilli ensuite à l'hôpital Laënnec, et nous a fait puiser dans les trésors de son érudition et de sa conception très élevée de l'art médical.

Au docteur Siredey, médecin de St-Antoine, nous sommes redevables de nos connaissances gynécologiques, nous avons retenu de son enseignement si compétent sur cette branche importante à l'heure actuelle de la pratique

médico-chirurgicale qu'on pouvait, avant d'en arriver à des opérations difficiles, faire beaucoup pour le soulagement et la guérison des maladies des femmes.

M. le docteur Marion, professeur agrégé, nous a donné une place d'externe à sa consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu. Par le grand nombre des malades, par les leçons de ce maître si clair et si précis, nous nous sommes initiés à la pratique courante de la petite chirurgie et de toutes les opérations d'urgence.

M. le docteur Auclair, pendant notre externat à la Pitié, nous a enseigné l'auscultation dans ses points les plus délicats. Il a bien voulu non-seulement être notre maître, mais avoir pour nous les sentiments d'amitié d'un compatriote. Qu'il veuille bien être assuré de notre gratitude.

Nous avons été l'élève de M. le docteur Renon, professeur agrégé, dans son service de médecine générale. Nous n'oublierons jamais ses leçons sur les maladies du poumon et du cœur, et son cours de l'hiver 1908 sur la tuberculose pulmonaire, et nous conservons de ce maître aimable et bon, de celui qui veut bien être le — confrère — dévoué de tous et rester le protecteur de ses élèves, le meilleur des souvenirs. Nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions MM. les docteurs Hallopeau et Béclère de leur enseignement sur les maladies de la peau, à Saint-Louis, et d'électricité médicale à Saint-Antoine.

Qu'il nous soit permis d'adresser à la mémoire de M. le professeur Budin, un témoignage ému. Ce maître éminent nous a prodigué ses enseignements obstétricaux. Envoyé à lui par son ami le docteur Cornillon, de Vichy,

il nous a reçu avec son affectueuse bienveillance. Nous sommes heureux d'avoir pu profiter de ses leçons à la clinique Tarnier. Nous remercions aussi M. le docteur Demelin, professeur agrégé, et M. le docteur Lequeux, chef de clinique, à qui nous sommes redevables à bien des titres.

Nous avons été touché de l'amicale sympathie de M. le docteur Loeper, professeur agrégé, et de la bienveillance de MM. Pierre Duval et Lecène, professeurs agrégés, chirurgiens des hôpitaux.

Nous n'oublions pas MM. Bigart, Fernand Lévy ; Lavenant, chef de clinique, et M. Phélip, interne des hôpitaux, pour les conseils qu'il nous ont donnés dans l'élaboration de ce travail.

Nous avons terminé nos études et notre externat en redevenant l'élève de M. le docteur Marion, chirurgien de Lariboisière, chef du service des voies urinaires. (Service Civiale). Il nous est très doux de nous rappeler ces quatre années passées à ses côtés, de le remercier de tout ce qu'il a fait pour nous ; il nous a toujours guidé de ses conseils, et nous a donné souvent auprès de lui une place que nous serons heureux de conserver. Pour terminer nos études, il nous a indiqué notre sujet de thèse et facilité le travail. Nous osons espérer qu'il voudra bien nous conserver l'appoint précieux de ses encouragements et de son expérience dans le cours de notre carrière. Pour nous, nous ne pouvons que l'assurer de notre constant souvenir et de notre entier dévouement.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dutraitementdece0000vari

INTRODUCTION

Pendant les deux années d'externat que nous avons passées dans le service de M. le docteur Marion, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à Lariboisière, il nous a souvent montré, au cours de ses laparotomies, des anomalies de profondeur du cul-de-sac de Douglas anormalement développé. La malade étant mise dans la position déclive, et l'utérus ramené vers la symphyse, il nous était permis de voir un cul-de-sac en entonnoir beaucoup plus profond que normalement et dans lequel s'engageaient le plus souvent des anses intestinales qui pesaient alors comme un coin dans le fond du cul-de-sac.

Revoyant avec lui, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, des malades opérées de prolapsus génitaux ou de positions pathologiques de l'utérus par des procédés divers, nous avons constaté maintes fois l'insuffisance du traitement et la fréquence des récidives, quelles que soient l'étiologie de la maladie, l'âge des malades, ou la méthode opératoire employée.

En 1904, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Berger, que remplaçait alors pendant les vacances M. le docteur Marion, nous eûmes l'occasion de le voir employer un procédé nouveau, consistant dans l'oblitération du cul-de-sac de Douglas, anormalement

développé. Ce procédé jusqu'ici n'a pas encore été mis en lumière.

Il en est fait mention dans une thèse récente de M^lle^ Guinsbourg (Paris, juillet 1908), et nous nous faisons un devoir de citer les paroles de cet auteur :

« Pour terminer notre chapitre de traitement (des prolapsus utérins chez les nullipares) nous nous permettrons de mentionner ici le nouveau procédé de traitement, communiqué récemment par M. le docteur Marion à la Société de chirurgie, et qui a été appliqué précisément chez des vierges. Mais les observations n'ayant pas été publiées, nous ne pouvons faire qu'une courte allusion.

« Il s'agissait dans les deux cas de jeunes filles de dix-neuf ans, vierges, présentant toutes deux un prolapsus de la partie postérieure du vagin qui venait faire saillie à l'hymen. Pensant qu'il s'agissait d'une véritable hernie du cul-de-sac de Douglas, M. Marion eut l'idée de supprimer ce cul-de-sac par une opération appropriée.

« Après laparotomie, la malade étant en position déclive et le cul-de-sac de Douglas bien accessible, il plaça ses fils qui s'étageaient sous le péritoine sur toute la hauteur du cul-de-sac. Il réalisa ainsi l'accolement de la face postérieure du vagin à la face antérieure du rectum et suppression du cul-de-sac de Douglas, dans laquelle la masse intestinale ne peut plus s'engager.

« Le résultat fonctionnel fut parfait et cette malade opérée depuis quatre ans, reste toujours guérie de son prolapsus. Mais quelque supérieure que soit cette opération, il nous semble qu'elle est disproportionnée avec l'affection qu'elle est destinée à combattre et qu'on doit lui préférer, en règle générale, les opérations plastiques

sur le périnée tout aussi efficaces, et qui ne présentent aucun des dangers d'une laparotomie. »

On voit que ce n'est là qu'une simple indication, avec une critique qui nous paraît un peu hâtive. Nous avons donc eu l'idée sur les conseils de M. Marion, de faire de ce procédé le sujet de notre thèse inaugurale, car il s'applique à des faits pathologiques encore peu élucidés jusqu'ici. Nous espérons donc apporter un modeste tribut à l'étude des prolapsus génitaux, particulièrement chez les nullipares et à leur traitement, en passant rapidement en revue les causes d'anomalies du cul-de-sac de Douglas, soit primitives, soit secondaires.

Nous verrons le mécanisme par lequel s'accomplit le prolapsus dans ces cas d'anormale profondeur du cul-de-sac.

Puis nous examinerons les procédés et les méthodes qui ont été jusqu'ici le plus communément employés pour assurer le traitement des affections dans lesquelles on rencontrait un cul-de-sac de Douglas plus profond qu'à l'état normal.

Enfin nous décrirons le procédé opératoire imaginé par notre maître, M. Marion, en nous appuyant sur les observations qu'il a bien voulu nous communiquer, ou que nous avons recueillies dans le Service Civiale, et nous ferons une étude critique de cette intervention.

CHAPITRE I

Causes de l'anormale profondeur du cul-de-sac de Douglas

Tout prolapsus utérin, tout au moins au bout d'un certain temps, s'accompagne d'augmentation de la profondeur du cul-de-sac de Douglas, que le prolapsus de la paroi vaginale postérieure soit une colpocèle ou une rectocèle. Ceci est facile à vérifier au cours des interventions abdominales que l'on peut être amené à pratiquer pour le traitement des prolapsus génitaux. Chez toutes les malades qu'il nous a été donné de voir opérer par la voie abdominale pour un prolapsus génital, M. Marion nous a fait constater une augmentation de profondeur du cul-de-sac allant quelquefois comme dans nos observations I et IV jusqu'à 10 centimètres.

Cette augmentation de profondeur du cul-de-sac peut être : 1° *primitive, due à un défaut de développement se produisant pendant la vie embryonnaire qui persiste au moment de la naissance et constitue alors un état définitif ;* 2° *secondaire, due à des causes variées pathologiques.*

Nous allons d'abord rappeler l'embryologie du cul-de-sac de Douglas, ses rapports au point de vue anatomique, ainsi que les recherches les plus récentes qui ont été faites à ce sujet, puis nous verrons quelles sont les causes qui peuvent provoquer cet accroissement de profondeur.

1° **Anomalies primitives.** — Tous les anatomistes sont d'accord pour reconnaître des variations notables dans les dimensions du cul-de-sac de Douglas, mais la plupart pensent que ces anomalies dépendent moins de l'état de nulli ou de multiparité que de l'état individuel. C'est-à-dire qu'elles sont le plus souvent le reliquat de variétés dans le développement du cul-de-sac pendant la vie embryonnaire.

Examens personnels. — Nous avons fait à l'hôpital Lariboisière plusieurs examens de cadavres afin de rechercher la fréquence des anomalies de profondeur du cul-de-sac de Douglas. Nos observations ont porté sur cinquante cadavres de femmes qui n'avaient subi aucune opération abdominale et ne portaient aucune cicatrice de laparotomie. Avec un centimètre nous prenions exactement la profondeur à partir de l'insertion du vagin sur le col.

Sept fois nous avons trouvé un cul-de-sac de Douglas dépassant dans des proportions notables les trois ou quatre centimètres que Waldeyer lui assigne comme profondeur normal à partir de l'insertion du vagin. Soit donc une moyenne de 14 pour cent.

Sur trois cadavres le cul-de-sac avait cinq centimètres de profondeur.

Sur deux cadavres il avait six centimètres.

Sur un, il avait six centimètres et demi.

Enfin, dans les deux observations suivantes que nous rapportons, il avait des dimensions encore plus grandes :

A). — G..., Célestine, 63 ans, décédée le 30 juin 1908, d'abcès du cerveau consécutif à une sinusite frontale, présentait un cul-de-

sac de Douglas profond de 7 centimètres à partir de l'insertion du vagin.

B). — C..., Amélie, 20 ans, couturière, morte le 18 juillet de tuberculose cavitaire des deux poumons, avait un cul-de-sac de Douglas de 8 centimètres et demi de profondeur, à partir de l'insertion vaginale. L'aspect extérieur des organes génitaux externes ne semblait pas faire croire que cette jeune fille fut vierge.

De ces constatations personnelles, et de l'opinion des anatomistes, il semble résulter que le cul-de-sac de Douglas a des anomalies assez fréquentes, et nous pouvons en attribuer une des causes au développement embryologique anormal.

Anatomie du cul-de-sac de Douglas. — Lorsqu'on examine sur une coupe antéro-postérieure la façon dont se comporte le péritoine vis à-vis de l'utérus, on le voit, après avoir recouvert la face postérieure de la vessie, remonter sur la face antérieure de l'utérus qu'il aborde au niveau de l'isthme, tapisser cette face antérieure, puis le fond et la face postérieure et descendre sur le tiers supérieur du vagin. Il revêt le vagin sur une longueur variant entre vingt et trente millimètres, selon Waldeyer(1), avant de remonter sur la face antérieure du rectum.

Ainsi se trouve constitué un cul-de-sac péritonéal entre le système génital et le système digestif qui porte le nom de cul-de-sac de Douglas et qui peut devenir d'une certaine importance au point de vue pathologique. Les anomalies de profondeur de ce cul-de-sac peuvent s'expliquer par les variations qu'on peut constater dans son développement. La cause de ces variations est peu

(1) Waldeyer in G. Marchant, *Presse médicale*, 1900.

connue et les auteurs sont loin d'être d'accord à son sujet.

Embryologie du cul-de-sac de Douglas. — Au début de la vie embryonnaire, lorsque la gouttière intestinale se ferme par rapprochement de ses bords, le péritoine s'enfonce entre la paroi ventrale de l'intestin postérieur et la paroi dorsale de l'atlantoïde. Mais les deux canaux de Müller, portant sur leur côté antéro-externe le canal de Wolf, viennent former le cordon uro-génital, et bientôt il y a deux cordons uro-génitaux qui eux-mêmes s'accolent sur la ligne médiane.

Pendant ce mouvement, ils repoussent devant eux le péritoine et viennent former un canal unique placé entre le système urinaire et le système digestif, cloisonnant ainsi la cavité pelvienne en un espace antérieur ou vesico-utérin et un espace postérieur ou recto-utérin.

C'est le péritoine qui tapisse, d'une part, la face dorsale de l'atlantoïde et du sinus uro-génital, et d'autre part, la face ventrale de l'intestin postérieur qui s'abaisse petit à petit. Très différentes sont les opinions des embryologistes sur le mode de cloisonnement du cloaque.

Pour Tourneux (1), il résulte de la saillie dite repli ou éperon périnéal ; Retterer (2) et Kerbel (3), au contraire, à la suite de Rathke (4) soutiennent que la division du cloaque s'opère par la fusion sur la ligne médiane des deux replis latéraux de l'éperon. Ces deux replis s'unissent de haut en bas et c'est leur coalescence mé-

(1) Tourneux, in Pozzi, *Gyn.*
(2) Retterer, *Journal de l'anat.*, 1890 ; *Soc. de biol.*, 1905.
(3) Kerbel, in Pozzi, *Gyn.*
(4) Rathke, *Abh. zur Bild. und Ent. des Menschen u. der Th.*, 1832.

diane qui donnerait sur des coupes sagittales, l'illusion de la descente d'un éperon.

Quoiqu'il en soit, le cloisonnement est terminé vers le troisième mois. Le péritoine, contenu dans l'éperon qui divise la cavité cloacale contribue ainsi à assurer l'autonomie et l'indépendance du système uro-génital et du système digestif inférieur. Et le cul-de-sac séreux, qui au début, descendait jusqu'au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée entre le rectum et le vagin, diminue de hauteur par un accolement qui commence de bas en haut ; de telle sorte, que se trouve constitué un feuillet qui semble s'insérer d'une part sur le diaphragme uro-génital et le septum périnéal, et d'autre part, au fond du cul-de-sac de Douglas.

Anomalies embryologiques. — Ce feuillet serait analogue à l'aponévrose de Denonvillers que l'on trouve chez l'homme, ou aponévrose prostato-péritonéale pour laquelle MM. Cunéo et Veau reconnaissent une même origine, c'est-à-dire un processus d'accolement séreux. Mais, que cet accolement ne se fasse pas, ou se fasse incomplètement, on peut avoir de la sorte toutes les différentes profondeurs du cul-de-sac de Douglas.

Chez la femme adulte, celui-ci n'atteint pas normalement le plancher pelvien. Il reste éloigné de l'anus d'une distance variable mais qui est d'environ six à sept centimètres. Ce cul-de-sac génito-rectal primitif peut persister en totalité ou en partie et ainsi rendre possible certaines productions pathologiques que nous verrons plus loin.

On peut le trouver seulement au niveau du vestibule vaginal, il peut former des diverticules qui s'enfoncent

dans l'épaisseur du releveur coccy-périnéal (Zuckerkandl-Ziegenspeck) pouvant s'isoler et donner lieu à la formation de kystes ou être le point de départ des hernies périnéales labiales postérieures.

Pour Freund (1) ces anomalies ne sont que la traduction de l'infantilisme chez la femme. Elles se traduisent en général par un allongement et une division du Douglas, qui peut être scindé, d'après Kauffmann, en trois fossettes.

Ligaments utéro-sacrés. — Quelle que soit sa dimension, le cul-de-sac de Douglas présente à considérer deux portions différentes : une portion supérieure ou cavité recto-utérine supérieure, et une portion inférieure, qui est normalement en forme de diverticule en doigt de gant, d'une hauteur de trois à quatre centimètres et qui constitue le cul-de-sac vagino-rectal.

Cette division, en deux portions superposées, est assurée par les replis de Douglas au nombre de deux. On les voit bien lorsqu'on écarte l'utérus de la paroi postérieure, car ils sont alors tendus. Partis de l'utérus, ils entourent le rectum avant de se perdre sur les côtés du sacrum, on peut le suivre jusqu'aux lombes : ligaments utéro-lombaires.

Pour Delbet (2), les replis de Douglas ne sont pas constants, on voit toujours, dit-il, leur origine utérine, mais le reste de leur trajet est soumis à de fréquentes variations qui peuvent elles-mêmes être soumises à des anomalies de développement.

(1) Freund, in Pozzi, *Gyn.*
(2) Delbet. *Anat. chir. du petit bassin.*

Les replis de Douglas peuvent gagner le sacrum, c'est à peu près la règle chez les nullipares ; ils peuvent remonter vers les lombes, ou se porter vers des points intermédiaires en passant par le promontoire. Quelquefois ils se perdent dans l'excavation pelvienne sans en gagner les parois. De la sorte, l'espace recto-utéro-ovarien, au lieu d'être séparé en deux parties, parait former un entonnoir lisse et profond.

Aran, dans un mémoire sur la statique utérine en 1858, dit que « les ligaments utéro-sacrés naissent de la partie intermédiaire entre le col et le corps de l'utérus ».

Pour Fritsch il ne saurait être question de ligaments utéro-sacrés ; il n'y a que des fibres musculaires du muscle rétracteur de l'utérus qui rayonnent en arrière.

Au point de vue histologique, ces ligaments utéro-sacrés qui entrent pour une si grande part dans la formation du cul-de-sac de Douglas, sont constitués par deux ordres de fibres : des fibres lisses et des fibres conjonctives. Ces dernières ne sont qu'une partie de l'aponévrose sacro-recto-génito-pubienne de Delbet.

Quant aux fibres lisses elles émanent des fibres postérieures de la matrice et du vagin.

Ainsi formés, les ligaments utéro-sacrés avec les replis séreux de Douglas forment deux rubans aplatis qui présentent eux aussi des variations multiples. Lorsque l'utérus est en situation normale, ils sont falciformes et séparés par une distance de trois centimètres environ.

Anomalies des ligaments utéro-sacrés. — On a noté parfois l'absence complète de ces replis. On conçoit les formes nombreuses qu'ils peuvent avoir entre ces

deux extrêmes. On voit quels rôles ils jouent dans la fixation de l'utérus en bonne position. On peut remédier à leur insuffisance dans l'opération que nous décrirons. De tout ceci, il résulte que des anomalies de développement peuvent primitivement rendre le cul-de-sac de Douglas plus profond qu'il ne l'est habituellement et que des altérations des ligaments utéro-sacrés, de même origine, peuvent lui donner des dimensions latérales et antéro-postérieures qui dépassent celles que l'on a coutume de constater chez des sujets normaux.

2° **Anomalies secondaires.** — Mais à côté de ces anomalies dues à un arrêt de développement dans la période embryonnaire, nous pouvons penser que, comme les hernies de faiblesse, il peut exister des causes secondaires qui favorisent l'augmentation du cul-de-sac de Douglas.

Ces causes tiendront évidemment à un défaut de soutien et à la pression des anses intestinales ou de productions pathologiques qui, appuyant sur le fond du cul-de-sac péritonéal, le déprime et le repoussent à travers les tissus impuissants à supporter l'effort.

P. Reynier (1) attribue la cause du relâchement du périnée à une débilité particulière du système nerveux, soit congénitale, soit survenue à la suite de surmenage, d'un état général appauvri par les excès ou la maladie. Quelquefois même c'est un trouble inopiné et temporaire du système nerveux qui se produit. Par le fait de ce trouble le releveur de l'anus, soit qu'il ait perdu sa

(1) Reynier, *Congrès de chirurgie*, 1896.

tonicité musculaire, soit qu'il se soit atrophié, ne remplit plus son rôle de sphincter fermant par en bas la cavité abdominale.

Pour Bouilly (1), une autre cause de faiblesse du périnée serait que, normalement, sous le péritoine on trouve une couche de graisse ou de tissu cellulaire qui le matelasse en quelque sorte. Bien plus, dans le pelvis et le périnée, tous les interstices musculaires sont comblés par ce ciment pelvien qui augmente considérablement la force de cohésion et la ténacité du périnée. Survienne une cause d'amaigrissement des malades, cette disparition de la graisse qui a produit plus d'une hernie et plus d'une ectopie rénale n'offre plus de résistance et pour ainsi dire de contre-pression à la masse intestinale engagée dans le cul-de-sac de Douglas qui se laisse distendre.

Il faut aussi faire une large part aux troubles de nutrition des tissus et à cet état spécial qui les prédispose aux relâchements et dont M. Tuffier (2) fait une maladie générale. Avec une pareille prédisposition, la pression sera bien plus efficace à déterminer un allongement du cul-de-sac de Douglas.

Chaduc (3) donne comme défaut de soutien l'absence ou l'atrophie congénitale du périnée.

Les déchirures du périnée après un accouchement peuvent entrer en ligne de compte. Notre observation IV nous montre un cul-de-sac de Douglas de

(1) Bouilly, *Congrès de chirurgie*, 1896.
(2) Tuffier, *Congrès de chirurgie*, 1889-1891.
(3) Chaduc, Thèse de Lyon, 1904.

10 centimètres de profondeur chez une secondipare après une déchirure survenue lors d'un premier accouchement. Nous pouvons donc penser que cette diminution de résistance a pu favoriser l'allongement secondaire du cul-de-sac.

Les tumeurs des annexes de l'utérus pourront, elles aussi, agir par leur poids au même titre que la masse intestinale et lui ajouter leur action (Pierrepont) (1), ainsi que l'utérus par une rétrodéviation simple.

Enfin, lorsqu'un prolapsus utérin s'est constitué, à la suite du relâchement du périnée et des ligaments de l'utérus, le cul-de-sac de Douglas, entraîné par le vagin ou le rectum, subit forcément un allongement proportionné à l'intensité du prolapsus.

Conclusion. — Pour nous résumer, nous pourrons dire que le cul-de-sac de Douglas peut être anormalement développé du fait d'une anomalie embryologique, mais qu'il peut, ayant été normal, avoir acquis une profondeur anormale du fait de causes pathologiques que nous appellerons secondaires.

Dans les premiers cas, l'anomalie devient l'origine du prolapsus, dans le second cas elle peut en être également l'origine, mais elle peut en être aussi la conséquence, aggravant les difficultés du maintien de l'organe et celles du traitement. Dans le premier cas elle joue un rôle capital, dans le second un rôle très important dans la production ou l'augmentation de l'affection.

(1) Pierrepont, Thèse de Paris, 1904.

CHAPITRE II

Mode d'action du cul-de-sac de Douglas d'une profondeur anormale.

C'est à Gérard Marchant (*Presse médicale*, 1900) que nous devons surtout l'idée que « la pathogénie des prolapsus utérins pourrait dépendre d'une disposition congénitale du péritoine (persistance du cul-de-sac de Douglas, abaissement et longueur du cul-de-sac qui favorise la production du prolapsus). »

« Les anses intestinales, dit Gérard Marchant, viennent se loger dans ce diverticule et elles agissent comme un coin, il est facile de se rendre compte par le toucher rectal de la pression qui s'exerce à ce niveau. Cette sorte de hernie périnéale est aussi pour Ludlow la cause essentielle de tout prolapsus. »

Cette opinion de Gérard Marchant contient, en résumé, toute l'étiologie et la pathogénie de certains prolapsus. Nous venons de voir que par une anomalie du stade embryologique, le cul-de-sac de Douglas pouvait rester anormalement profond, et deux de nos observations nous montrent en effet qu'avec le prolapsus il existait une anormale profondeur du cul-de-sac et qu'aucune autre cause n'était en jeu pour expliquer le prolapsus, puisque cette affection était survenue chez des vierges,

chez lesquelles on ne relevait aucune des causes que l'on décrit habituellement comme déterminantes du prolapsus.

Chez deux autres de nos malades, l'étiologie du prolapsus était moins nette, puisque on pouvait penser à d'autres causes (Obs. III et IV). Mais là encore, nous rencontrons un cul-de-sac de Douglas anormalement développé. Nous pouvons donc supposer, que c'est un reliquat de l'état embryologique qui ne se manifeste que plus tardivement, ou que le cul-de-sac ne s'était abaissé et allongé que par suite de phénomènes pathologiques secondaires survenus après le stade embryonnaire, c'est-à-dire après la formation complète.

Quelle que soit la cause d'anormale profondeur du cul-de-sac de Douglas, comment va s'opérer le mécanisme de prolapsus dû à cette anomalie ?

Mécanisme par anomalie primitive du Douglas. — Les anses intestinales appuyant sur la paroi vaginale postérieure et la partie postérieure du col de l'utérus mettront ce dernier dans l'obligation de basculer autour de son point de fixité à l'union du corps et du col, et de se placer d'abord en rétroversion. Une fois dans l'axe de la filière vaginale, on sait avec quelle facilité l'utérus descend, d'autant plus qu'il se trouve encore attiré par le cul-de-sac de Douglas dans lequel s'engagent les anses intestinales s'il y a seulement rétroversion, ou poussé dans ce cul-de-sac par la pression abdominale s'il se trouve en rétroflexion (Fig. 1).

Mécanisme par anomalie secondaire du Douglas. — Lorsque le cul-de-sac de Douglas devient d'une profondeur anormale à la suite d'un prolapsus utérin résultant d'une diminution des moyens de soutien et de suspen-

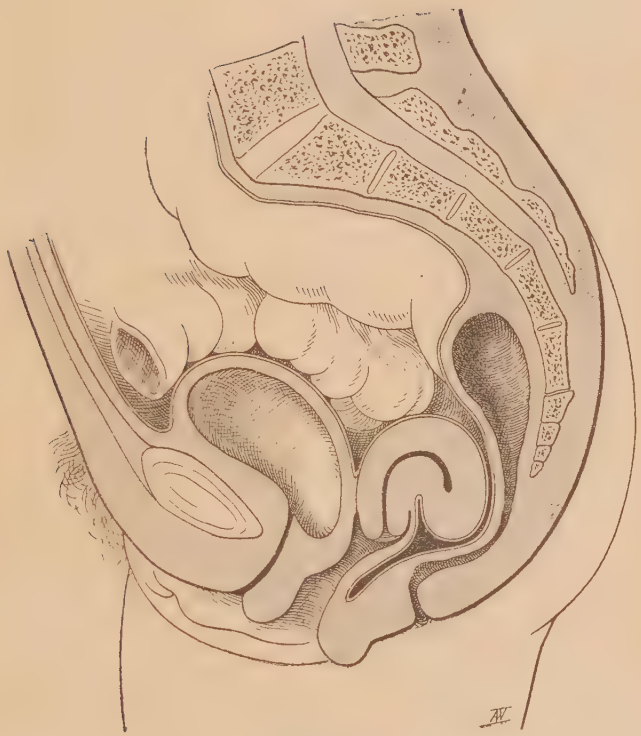

FIGURE I

La figure I représente un cul-de-sac de Douglas anormalement développé avec léger prolapsus de l'utérus et rétroflexion, il y a un peu de cystocèle, le périnée est considérablement réduit.

Une telle disposition reproduit à peu près ce que nous avons vu chez nos quatre premières malades. On comprend combien sera rationnelle l'opération que nous décrivons.

sion de l'utérus, on comprend que, même si l'on rétablit autant qu'on le peut ces moyens de soutien et de suspension sans agir sur le cul-de-sac plus profond qu'il ne devrait être, l'action de la pression abdominale continuant de s'exercer sur le cul-de-sac va tendre à augmenter la lésion, ou laisser une nouvelle amorce pour un prolapsus ultérieur. C'est ainsi qu'agirait une opération de pointe de hernie, dans laquelle on se contenterait de reconstituer la paroi abdominale sans agir en même temps sur le conduit péritonéal amorce ultérieure et constante de la hernie.

Le procédé que nous proposons complètera les traitements employés jusqu'ici, il sera rationnel d'y avoir recours, car il apporte un moyen de plus et très efficace pour assurer la mise en place et le maintien de l'utérus, réalisant ainsi ce que Trélat écrivait en 1889 dans les *Annales de Gynécologie* : « Toute la thérapeutique res-
« tauratrice, celle à laquelle il faut s'appliquer, celle
« qu'il faut s'efforcer de perfectionner chaque jour peut
« se résumer en une seule idée, rétablir les conditions
« normales de fixité et les moyens de soutien des organes
« déplacés, c'est là, je le reconnais avec regret un idéal
« qu'il ne nous est pas toujours permis d'atteindre. »

On peut toujours essayer de l'atteindre, et nous croyons que le procédé de M. Marion est un moyen de mieux faire sinon de très bien faire.

CHAPITRE III

Aperçu sur les différents procédés employés pour l'oblitération du cul-de-sac de Douglas.

Les procédés de traitement des prolapsus génitaux sont très nombreux. Bouilly en a fait une remarquable étude au Congrès de chirurgie de 1896. Ferry, dans sa thèse, reprend toutes ces méthodes et conclut que de tous les moyens sanglants employés à l'heure actuelle, cinq seulement subsistent : l'hystéropexie vaginale, l'opération d'Alquié-Alexander, l'hystéropexie directe, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds et la ligamentopexie.

« La seconde méthode seule est extra-péritonéale, la première a dû son succès momentané à ce qu'elle était pour les chirurgiens peu sûrs de leur asepsie presque extra-péritonéale. »

En face des nombreuses méthodes que décrivent ces deux auteurs, des conclusions qu'ils tirent de leur exposé, à savoir que peu de moyens sont efficaces, et sans parler des traitements palliatifs non sanglants : les pessaires, le massage, on peut donc penser que le prolapsus génital est une affection difficile à traiter, et qu'il manque une méthode sûre et définitive qui donne des résultats cons-

tants. On sait de quel tâtonnement a été accompagné le traitement des ptoses du rein, jusqu'au jour où on a songé à la néphropexie qui n'a pas été retouchée depuis.

L'anomalie du cul-de-sac de Douglas est un fait certain, son oblitération a donné d'excellents résultats; ce sera peut-être la méthode idéale dans l'avenir.

Cette idée d'ailleurs n'est pas nouvelle et nous allons voir dans quel cas les différents opérateurs ont traité ces anomalies du cul-de-sac de Douglas.

Dans son *Traité des déviations utérines* (traduction française d'Herrgott), Schultze, en 1882, ne fait qu'indiquer un procédé opératoire du traitement des rétrodéviations. Il le réprouve d'ailleurs, parce qu'il fallait ouvrir la cavité abdominale et toucher au péritoine. Et à cette époque les opérations de ce genre étaient redoutables.

Il signale en passant la plicature des ligaments utéro-sacrés, ce qui nous paraît une sorte d'oblitération du cul-de-sac de Douglas.

« Ce raccourcissement des ligaments de Douglas, dit-il, dans lesquels se trouve ce que Luschka a appelé le muscle rétracteur de l'utérus, a pour effet de tirer sensiblement en haut le col utérin. Dans un cas de paramétrite postérieure chronique, j'ai trouvé de telles différences dans la longueur des plis de Douglas et dans la situation consécutive de la matrice, qu'on ne peut l'attribuer qu'à une action musculaire. La rétraction cicatricielle des plis de Douglas produit une élévation stable du col utérin, et elle a pour conséquence de rapprocher l'utérus d'une manière permanente de la paroi pelvienne postérieure et de produire une flexion aiguë en avant du corps de l'organe. »

Et dans la figure 26 de son livre, il montre l'utérus maintenu en position normale par ces adhérences de la portion inférieure du corps à la paroi pelvienne postérieure, et il publie l'observation suivante, qui lui donne l'idée que peut-être on pourrait réaliser opératoirement, ce que donnent comme résultat certains phénomènes pathologiques.

Obs. de Schultze (Herrgott). — Mme W..., de St..., 33 ans. A la suite d'une première couche fut affectée de paramétrite avec exsudat abondant, elle était alors âgée de 31 ans. Dix jours après ses règles, elle eut des hémorragies abondantes par les parties génitales. Elles furent suivies de douleurs abdominales très vives qui forcèrent la malade à rester couchée pendant huit semaines.

L'année suivante, nouvel état de souffrances avec hémorragies internes. Peu après, on constate chez la malade une hématocèle rétro-utérine qui se distingua de l'état habituel de cette affection en ce que le cul-de-sac de Douglas ne fut pas déprimé en bas, mais se présentait sous la forme d'adhérences entre le vagin et le rectum.

La malade entre à l'hôpital trois mois après, et on trouve l'utérus gros à parois épaisses, pas flexible et fixé absolument à la paroi pelvienne postérieure. Entre la voûte vaginale postérieure et le rectum, on sentait dans le cul-de-sac de Douglas le péritoine épaissi et adhérent.

L'état de la malade était encore sensiblement le même quatre années après quand nous l'observons encore, à l'occasion de nouvelles hémorragies utérines.

Ce qui ressort de cette observation c'est la suppression du cul-de-sac de Douglas par des adhérences pathologiques ainsi que le retour à la position normale par raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, à la suite d'inflammation.

Déjà Smellie avait fait remarquer (Piquand et Hue) (1), qu'il est suffisant pour soutenir l'utérus et le vagin prolabés de maintenir la face postérieure du conduit vaginal: « Car si le vagin est tenu en place, l'utérus en conséquence doit être maintenu aussi. » Quelques chirurgiens à la suite de Schultze ont essayé de réaliser ce soutien.

Freund (2) ouvre le péritoine en arrière du col. Les premiers temps de son opération sont ceux de la colpotomie postérieure. La valve tenue par un aide est placée sur la paroi postérieure du vagin qu'elle abaisse ; la pince à col saisit d'autre part la lèvre postérieure du col et l'aide de l'autre main, l'attire en avant et en haut. Ainsi se trouve déplissé et étalé le cul-de-sac postérieur sur lequel va porter l'incision. Au bistouri ou aux ciseaux une incision est faite transversalement, immédiatement en arrière du col de l'utérus. Il est préférable, une fois l'incision du vagin faite, d'aller à la sonde cannelée ou à son défaut avec l'extrémité des ciseaux fermés, à la recherche du cul-de-sac de Douglas. Dans certains cas, c'est avec l'index gauche qu'on perforera le cul-de-sac, comme dans les cas de collection purulente. Il faut en tout cas bien se garder de diriger les recherches en bas et en arrière, sous peine de pénétrer dans le rectum, au contraire en se portant en avant on court moins de risque. Lorsque le Douglas est ouvert on va à la recherche des ligaments utéro-sacrés. On passe un fil dans la portion sus-vaginale du col d'une part et de l'autre du côté de la

(1) *Revue de gynécologie*, janvier, février 1908.
(2) Freund, *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 30.

face postérieure du bassin, au niveau des insertions postérieures des ligaments utéro-sacrés dans les tissus de cette région. Le cul-de-sac de Douglas est ensuite tamponné. Dans les jours qui suivent, on retire peu à peu la mèche. Il se fait des adhérences et du tissu cicatriciel qui servent de soutien.

Cette opération, en somme, n'est qu'une ébauche de celle que nous décrirons. Freund ne passe qu'un fil et laisse à la cicatrisation le soin de réaliser ce que nous faisons opératoirement, et de plus il passe par la voie vaginale.

Hochnegg (1) eut l'idée de passer par la voie sacrée pour réduire un utérus rétrofléchi et qui avait contracté des adhérences dans cette position vicieuse. L'opération consiste à faire une incision semblable à celle qui est pratiquée pour l'hystérectomie sacrée. On enlève le coccyx. On va à la recherche de l'utérus que l'on détache complètement et on ouvre largement le péritoine. On *ferme le cul-de-sac de Douglas en suturant le lambeau de la séreuse qui a été conservé à la portion isthmique et postérieure de l'utérus.* En outre, on fixe le col par deux fils supplémentaires qui le traversent et qui vont s'attacher au niveau des ligaments supérieurs sacro-iliaques.

Mais pour MM. Delbet et Pichevin, cette opération ne doit pas être pratiquée, ils la considèrent comme une tentative originale d'un chirurgien qui essayait de montrer les avantages de la voie sacrée.

Barse (2), élève de M. le Prof[r] Tedenat, recommande

(1) Hochnegg, in Le Dentu et Delbet.
(2) Barse, Thèse de Montpellier, 1905.

de toujours faire une incision vaginale, permettant d'explorer le Douglas et son contenu.

Reynier (1), par la colpotomie postérieure, a entrepris de créer des adhérences dans le cul-de-sac postérieur, il a combiné ce moyen avec la colporrhaphie et a obtenu un succès.

Frommel (2), comme l'indiquait Schultze, a tenté de raccourcir les ligaments utéro-sacrés par la laparotomie.

Sanger (3) a proposé de même la rétrofixation du col, mais par la voie vaginale. Les fils traverseraient la lèvre postérieure du col, les ligaments utéro-sacrés, et par leurs striction causeraient l'oblitération du Douglas.

Nous signalerons l'opération pratiquée par Peters (4) et citée dans la thèse de M. Lenormant. Sur une femme atteinte d'un prolapsus rectal d'une dizaine de centimètres, causé par un kyste de l'ovaire tombé dans le cul-de-sac de Douglas, Peters voulut traiter simultanément et par la même voie les deux affections.

« Il incisa le pourtour de l'anus, disséqua les tissus péri-rectaux et ouvrit le Douglas assez largement pour apercevoir très bien la région pelvienne postérieure, mieux que dans beaucoup de cœliotomie vaginale. Le rectum fut alors refoulé en arrière et lié provisoirement, le champ opératoire désinfecté. Puis Peters ponctionna le kyste au bistouri, le libéra de quelques adhérences filamenteuses, lia et coupa le pédicule et *sutura l'inci-*

(1) Reynier, *Congrès de chirurgie*, 1896.
(2) Frommel, *Zeitsch f. Geb*, XXVII.
(3) Sanger, *Centralt. J. Gyn.*, 1888.
(4) Peters, in thèse de Lenormant, Paris, 1903.

sion du cul-de-sac de Douglas. Il passa alors la main à Hochnegg qui réséqua le prolapsus et rétrécit l'anus. »

« Peters a donné à ce procédé le nom d'ovariotomie per anum et a pu trouver dans la littérature trois autres cas : (Kluyskens, Aleksenko, Stocks) ».

Cette méthode nous amène à dire un mot des procédés de traitement des hernies périnéales qui sont, comme nous l'avons vu, dues le plus souvent à des anomalies du cul-de-sac de Douglas. Ces hernies périnéales sont d'une rareté extrême, et P. Berger en a fait une intéressante communication au Congrès de chirurgie de 1896.

« Il en est une variété, dit-il, qui est constituée par la protrusion de toute la paroi vaginale postérieure refoulée en avant par l'intestin qui distend le cul-de-sac de Douglas. Les opérations qui ont pour effet d'empêcher le prolapsus utérin de se produire, et la hernie de franchir l'orifice vulvaire, en rétrécissant et en fortifiant ce dernier peuvent en pareil cas rendre de bons services. »

Gaillard-Thomas (1) fait une laparotomie médiane, il retourna le sac en l'invaginant, après réduction de son contenu ; le fond du sac repoussé vint sortir par l'incision de l'abdomen et fut fixé à ce niveau par des sutures (Jaboulay).

Reid (2) suit la technique qu'avait proposé Huguier : il a ouvert la cavité de la hernie et a excisé la plus

(1) Gaillard-Thomas, *The New York med. journ.*, 1885.

(2) Reid, *Journ. of the amer. med. assoc.*, 1892.

grande partie de la surface en réunissant les bords de la place résultant de cette excision.

Dans un cas analogue, Berger a préféré employer un moyen détourné en réduisant le prolapsus par l'hystéropexie et en soutenant la hernie du cul-de-sac de Douglas par le colporrhaphie postérieure.

Toutes ces opérations ont pour but de rendre à la paroi vaginale postérieure, comme le faisait remarquer Smellie (1), le soutien qui lui est indispensable et qu'elle a perdu quand le cul-de-sac de Douglas est anormalement profond. Mais comment réaliser ce soutien, sinon en rétablissant les adhérences normales qui lui servent en quelque sorte de support, en refaisant cette colonne fibreuse péritonéale, vestiges des formations d'accolement embryonnaire, et que ces différentes opérations ont essayé de réparer.

Il en est une surtout qui mérite toute notre attention. Il s'agit d'une malade opérée par M. Pierre Duval, qui a bien voulu nous communiquer l'observation inédite suivante et nous dire qu'il rattachait ce cas à une profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas qu'il avait été obligé d'oblitérer. Cette opération lui avait donné le meilleur résultat.

Observation (Pierre Duval)

(Inédite).

T..., Emilie, âgée de 25 ans, atteinte de prolapsus total. Antécédents personnels nuls, elle n'a jamais été malade.

(1) Des chutes du vagin et de l'utérus. *Recueil*, XLIV.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement jusqu'à il y a 3 ans. Elle a eu alors une suppression de règles pendant trois mois à cause dit-elle de sa grande anémie.

Le 2 décembre 1905, elle a fait une fausse couche avec douleurs abdominales très vives et fièvre. Les pertes abondantes nécessitent son admission à l'hôpital Cochin, où on constate des caillots dans ses hémorrhagies. Elle se remet peu à peu à la suite de repos et d'injections chaudes, et on l'envoie 15 jours après au Vésinet, d'où elle revient de nouveau dans le service le 13 janvier 1906 pour se faire opérer.

Elle a déjà été opérée trois fois dans le service de M. le professeur Reclus, à l'hôpital Laënnec, pour prolapsus utérin. Une première fois on lui a fait une laparotomie et les deux autres fois elle a été opérée par le vagin.

A l'examen, on constate que l'utérus est prolabé à travers l'orifice vaginal, et forme une tumeur un peu plus grosse qu'un œuf. Le toucher montre un utérus très mobile dans tous les sens avec un col assez dilaté.

La malade a eu ses dernières règles du 1er au 5 janvier ; elle a perdu d'une façon abondante.

Elle a été opérée le 5 janvier 1906, et on lit sur le cahier de la salle d'opération :

Hystéropexie abdominale : 3 fils.

Périnéorrhaphie.

Hernie du Douglas. Resection du cul-de-sac.

Suture des releveurs suivant la méthode Duval et Proust (1). La malade sort guérie le 10 mars. Elle a été vue quelques mois après dans le service et son prolapsus n'avait pas récidivé.

Nous allons dire quelques mots du procédé employé chez cette femme par M. Pierre Duval, car il est à la fois un mode de traitement des anomalies du cul-de-sac de Douglas, et un mode de contention du périnée.

Incision : On emploiera une incision courbe concave

(1) Duval et Proust, *Presse médicale*, 22 nov. 1902.

en avant, passant transversalement à la limite postérieure de la fourchette et se portant en dehors jusqu'au bord externe de la grande lèvre. Sous la peau on incise le raphé ano-vulvaire et le corps périnéal. Se reportant alors aux extrémités de l'incision on coupe profondément pour découvrir les releveurs. En faisant tirer l'anus en arrière, on fait saillir leurs bords inférieurs qu'il suffit de disséquer, pour isoler, sur la ligne médiane, la bandelette recto-vaginale.

Décollement du rectum : la bandelette est transversalement sectionnée au bistouri tenu parallèle à la paroi vaginale postérieure et au ras de la paroi vaginale. L'espace décolable prérectal est ouvert, et il est facile d'isoler le rectum du vagin jusqu'au cul-de-sac de Douglas. On isole de même la face interne des releveurs.

Traitement du cul-de-sac de Douglas : Si le cul-de-sac de Douglas faisait vers le périnée une saillie trop accentuée, on le traiterait comme un véritable sac herniaire, l'ouvrant, le disséquant, le liant et le réséquant.

« *Suture des releveurs :* Comme on ne rencontre guère de prolapsus rectal sans rectocèle, il sera toujours bon de relever et de suspendre le vagin, tout en fermant la boutonnière intermusculaire.

« Pour cela, refoulant en arrière l'ampoule rectale par une valve étroite et longue, et éversant le bord inférieur du muscle avec une pince à disséquer, on place le premier point aussi profondément que possible. L'aiguille courbe charge largement la face interne du muscle, puis passe dans la paroi vaginale plus bas que dans le muscle, puis repasse dans la face interne du releveur opposé. On place ainsi 3 à 4 fils de plus en plus superficiels, c'est-à-

dire de plus en plus près du bord inférieur du muscle. Le dernier point passe dans ce bord même pour comprendre le vagin à la limite de la vulve.

« On noue alors tous les fils en commençant par le supérieur puis par quatre points disposés d'avant en arrière on unit les bords inférieurs des muscles, le point supérieur reprend la vulve qu'il fixe, le postérieur touche au sphincter de l'anus.

« *Suture des plans superficiels :* On traverse les tissus en masse de façon à transformer l'incision courbe en une ligne de suture antéro-postérieure. »

Ce procédé de M. Duval, employé dans l'observation que nous venons de rapporter, est celui qui se rapproche le plus de celui que nous allons décrire maintenant. Notons que M. Duval commence par fixer l'utérus à la paroi abdominale. Il fait donc d'abord une laparotomie, puis il passe par le périnée, et ses sutures s'étagent de haut en bas, M. Marion n'hésite pas à avoir recours à une laparotomie et ferme le cul-de-sac de bas en haut.

CHAPITRE IV

Procédé d'oblitération du cul-de-sac de Douglas par la voie abdominale. — Technique opératoire.

Soins préliminaires. — Nous n'insisterons pas sur les soins à donner les jours précédents à la malade, ils sont ceux de toute laparotomie : grand bain, purgation, lavage au savon, compresses humides, désinfection soigneuse de la vulve, du vagin, du périnée ; ni sur les précautions antiseptiques immédiates avant l'opération.

Opération. — La malade sera placée en position inversée de Trandelenburg, le support de l'écarteur Doyen placé entre ses cuisses, des champs recouvriront largement toute la région. L'opérateur se placera à droite ou à gauche, à sa convenance ; un seul aide est nécessaire.

1er TEMPS : *Incision de la paroi abdominale.* — L'incision est médiane sous-ombilicale, commençant immédiatement au-dessus du pubis et se prolongeant sur une longueur de 12 à 15 centimètres. Section de la peau, du tissu cellulaire, de l'aponévrose, de la ligne blanche, du péritoine. La valve est alors introduite parallèlement à la longueur de l'incision puis ramenée à la partie inférieure et fixée au support.

2e TEMPS : *Recherche et mobilisation de l'utérus.* — Ceci fait, on refoule dans la partie sous-diaphragmatique de l'abdomen toutes les anses intestinales, on vide bien le cul-de-sac de Douglas de toutes les anses qu'il peut contenir et on les maintient refoulées et recouvertes à l'aide de champs. L'utérus est à ce moment saisi solidement avec une pince de Museux ou mieux avec une anse de catgut ou de soie, mise temporairement, ce qui va permettre de l'attirer en avant et de se rendre bien compte de la profondeur du cul-du-sac de Douglas, dont on pourra apprécier les dimensions à l'aide d'un index gradué, ou à son défaut, de l'hystéromètre.

3e TEMPS : *Placement des fils fixateurs.* — On procède alors à l'oblitération de ce cul-de-sac au moyen de quatre fils de lin étagés en bourse dans le péritoine du cul-de-sac.

Pour placer ces fils, on commence par saisir le fond du cul-de-sac avec une pince en l'attirant en haut. On place tout autour un fil sous-péritonéal qu'on serre après avoir enlevé la pince. Ce premier fil permet d'en placer un second, et puis ainsi de suite on peut placer suivant la profondeur du cul-de-sac quatre ou cinq fils.

Ces fils doivent saisir non-seulement le péritoine de la face postérieure du vagin ou de l'utérus et le péritoine pré-rectal, mais également sur les côtés le péritoine qui tapisse le petit bassin.

La mise en place des fils les plus profonds est assez délicate ; pour la réaliser aisément, l'opérateur présentera à son aiguille successivement le péritoine au moyen d'une pince longue porte-tampons, qui, saisissant la séreuse, la plissera, l'aiguille n'aura plus qu'à traverser

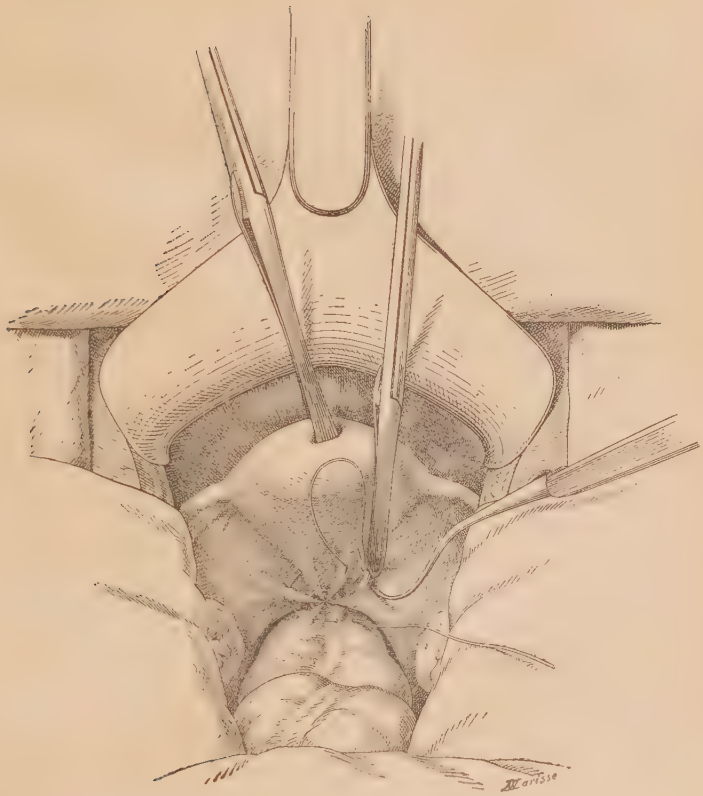

FIGURE II

Notre figure II représente le cul-de-sac de Douglas vu après incision de la paroi abdominale, une valve sert d'écarteur pour dégager le champ opératoire et protéger la vessie ; l'utérus a été relevé et les intestins refoulés. On aperçoit la partie supérieure du rectum, on voit aussi la saillie des ligaments utéro-sacrés qui paraissent tendus par la fixation de l'utérus en avant.

On plonge dans le cul-de-sac de Douglas, et on voit le premier fil qui a été passé, serré et noué, et qui a rétréci le fond du cul-de-sac. Un autre fil a été passé en bourse ; l'extrémité, maintenue par des pinces, ne demande plus qu'à être tirée et nouée. On voit qu'il y a encore la place de passer un ou deux fils de plus.

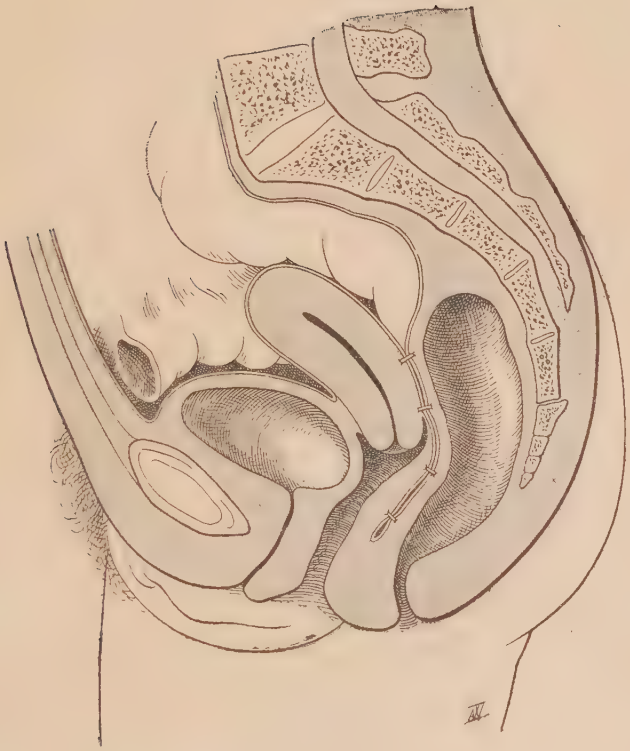

FIGURE III

Cette figure représente le résultat définitif de l'opération, on aura réalisé l'accolement de la paroi vaginale postérieure et de la face postérieure du col avec la face antérieure du rectum et on aura ainsi suppléé opératoirement à l'anormale profondeur du cul-de-sac de Douglas.

le pli (Fig. 2). L'aide placera le fil sur l'aiguille au moyen d'une autre pince.

Il est préférable d'employer des fils de lin afin de réaliser un accolement parfait et durable. Une précaution essentielle est de ne prendre que le péritoine et de se garder de perforer le rectum, mais un peu d'attention est suffisante pour écarter toute crainte d'accident.

Suivant la profondeur du cul-de-sac on peut employer un ou deux fils de plus en faisant passer les derniers sur la face postérieure de l'utérus.

A ce moment, l'utérus est en antéversion, et relevé à sa position primitive (Fig. 3). M. Marion a l'habitude de compléter l'opération par le raccourcissement des ligaments ronds par la méthode suivante :

4e TEMPS : *Raccourcissement des ligaments ronds*, procédé de Dartigues-Caraven. — Il consiste à traverser par une pince d'arrière en avant le ligament large, à peu près à sa partie moyenne. Cette pince saisit le ligament rond du côté correspondant, et attire à travers le ligament large, l'anse du ligament rond ainsi replié. Des sutures au fil de lin fixent l'un à l'autre les deux ligaments ronds en arrière de l'utérus, et d'autres fils fixent ces ligaments à la paroi utérine postérieure.

5e TEMPS : *Fermeture de la paroi.* — Après s'être assuré que rien ne saigne, que tous les organes sont bien en place, on pourra mettre un drain ou n'en pas mettre, suivant le tempérament du chirurgien, et procéder à la fermeture de la paroi par trois lignes de suture ; on termine par l'accolement de la peau à l'aide de crins.

Pansement et soins consécutifs. — La plaie est

recouverte d'un pansement de compresses aseptiques et d'ouate. Le tout entouré d'un bandage de corps. Si l'opération doit être complétée par une intervention sur le périnée ou sur le vagin, la malade est retournée et mise en position, les cuisses et les genoux relevés, et l'on pratique l'opération complémentaire.

Les soins consécutifs sont simples, il n'y a pas d'élévation de la température et au bout du 22e jour, la malade peut commencer à se lever.

CHAPITRE V

Valeur du procédé d'oblitération du cul-de-sac de Douglas employé par M. le Dr Marion.

Avantages. — Ce procédé d'oblitération du cul-de-sac de Douglas par la voie abdominale, donne les avantages suivants :

Il supprime la poussée des anses intestinales sur la paroi vaginale postérieure, écartant ainsi toutes chances d'élongation de cet organe et par conséquent la possibilité d'un prolapsus ;

Il remet l'utérus dans sa position normale d'antéversion puisqu'il attire forcément le col en arrière ;

Il empêche l'utérus de tomber dans le cul-de-sac de Douglas puisque celui-ci n'existe plus ;

Il supplée accessoirement et jusqu'à un certain point l'insuffisance des ligaments utéro-sacrés par les adhérences qu'il provoque, un peu sur le rectum, mais surtout avec le péritoine des parties latérales ;

De même que dans une hernie, pour éviter des récidives, on fait l'ablation aussi complète que possible du sac, se complétant même par la fixation du moignon à un des bords de la plaie, de façon à supprimer le moindre cul-de-sac, ainsi l'oblitération du cul-de-sac de Douglas supprime l'amorce à de nouvelles poussées et à une récidive si fréquente.

Influence sur la grossesse. — Au point de vue de la grossesse, il ne peut qu'y avoir de bons résultats ; en effet, on ne touche à aucun des organes essentiels de la gestation, on n'a pas à craindre les suites habituelles de certaines hystéropexies qui les font redouter à si juste titre. Mais au contraire, on favorise d'abord les chances de conception en redressant le canal cervico-utérin et en mettant le col dans une position qui lui permette de recevoir plus facilement la fécondation. On supprime aussi les chances de retrodéviation si dangereuse pour un utérus gravide (ruptures du vagin, du périnée, de l'utérus, cystite gangréneuse, ruptures vésicales, avortement), retrodéviation qui dans bien des cas peuvent être mises sur le compte d'une anomalie du cul-de-sac de Douglas.

Nous n'avons pas d'observation de grossesse après l'opération que nous avons décrite, mais comme nous venons de le voir, nous croyons qu'elle ne peut être que favorable et n'entraîner aucune complication prochaine ou éloignée.

Objections. — M. J.-L. Faure a bien voulu s'intéresser à ce procédé ; il le trouve ingénieux, très digne d'être pris en considération, mais il pense qu'il est toujours grave de faire une laparotomie et d'ouvrir un péritoine.

Pour un opérateur aseptique, la laparotomie est considérée aujourd'hui comme devant être inoffensive. Nous ferons remarquer que le voisinage de l'anus est toujours dangereux dans des opérations où l'on va à la recherche du cul-de-sac péritonéal par le vagin ou le périnée comme dans les opérations que nous avons décrites.

Qu'il nous soit permis de citer la phrase de Ferry :

« Une chose est certaine, en effet, c'est que les opérations vaginales avec une asepsie insuffisante sont moins dangereuses que les laparotomies. Pour un chirurgien rigoureusement aseptique, la proposition est renversée et nous serons plus sûrs de nous dans une laparotomie franche où tout se passe sous le contrôle des yeux, que dans une opération vaginale toujours obscure et où une grande part est laissée au hasard. »

M. Richelot va jusqu'à dire que dans ces sortes d'affections il préfère achever son diagnostic par une laparotomie franche.

Pour M. Lapointe, en cas de prolapsus chez les vierges, la conservation de l'hymen vaut bien les dangers d'une laparotomie.

D'ailleurs n'est-il pas courant de pratiquer une laparotomie pour faire une hystéropexie, ou un raccourcissement intra-abdominal des ligaments, et l'on ne considère pas que les dangers sont disproportionnés aux résultats que l'on veut obtenir.

On a objecté aussi que l'on prenait point d'appui sur des parties très mobiles, comme l'est le rectum, et que voulant traiter une affection, le prolapsus utérin, on pouvait en créer un autre, le prolapsus rectal. Nous répondrons que cette objection porte à faux, nous n'avons nullement l'intention de prendre un point d'appui, nous voulons surtout, comme disait Bouilly, « rétrécir et fermer », oblitérer le cul-de-sac de Douglas pour obvier aux accidents qu'entraîne sa profondeur anormale et obtenir les bons effets qui résultent de cette suppression.

Et d'ailleurs c'est si vrai, que M. Marion parfait son opération quand il est nécessaire par le raccourcissement

des ligaments ronds, chez les multipares, par un colpo-périnéorrhaphie ; enfin il traite séparément la rectocèle et la cystocèle.

Nous avons vu que le rectum peut être exposé à une blessure lorsqu'on passe le fil dans le péritoine qui recouvre sa paroi antérieure. Dans aucune de nos observations nous n'avons eu à déplorer cet incident, ni à noter aucune complication ni aucune suite opératoire fâcheuse.

Nous sommes donc autorisé à dire que logiquement la fermeture du cul-de-sac de Douglas doit donner de bons résultats.

Pratiquement, le résultats sont plutôt encourageants. Evidemment, les observations ne sont pas encore suffisamment nombreuses et tous les cas suivis pendant assez longtemps pour qu'il nous soit permis de donner des conclusions définitives, cependant l'observation de ce prolapsus chez une vierge revue complètement guérie 4 ans après l'opération (obs. I) sans que l'on ait fait autre chose que de fermer le cul-de-sac postérieur, nous autorise à dire que le procédé vaut au moins la peine d'être essayé.

Les dangers d'une laparotomie ne peuvent du reste être un motif d'abstention, puisqu'on ne s'y arrête pas pour d'autres opérations destinées à la cure des prolapsus.

CHAPITRE VI

Indications.

Tout en insistant sur les bons effets du procédé en question, nous reconnaissons que tous les prolapsus génitaux ne sont pas justiciables de la fermeture du cul-de-sac de Douglas et que seuls certains prolapsus doivent être traités de cette façon.

Il nous semble que ce procédé d'oblitération du cul-de-sac de Douglas a dans certains cas des indications nettes.

1° Chez les vierges on y aura recours sans hésiter, alors qu'un périnée solide ne pourra être mis en cause dans l'étiologie du prolapsus, et qu'aucune tare pathologique n'interviendra pour expliquer cette descente de matrice, sinon la profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas, dans lequel s'est retroversé l'utérus à la suite d'efforts violents, mais le plus souvent longs et répétés ;

2° Chaque fois que chez une malade atteinte de prolapsus il sera indiqué de pratiquer une laparotomie pour une lésion quelconque des annexes, ou pour une rétrodéviation non réductible par les moyens non sanglants, on complètera sans hésiter, s'il y a lieu, l'intervention par une fermeture du cul-de-sac de Douglas qui contribuera certainement à augmenter les bons effets des autres interventions pratiquées pour le prolapsus et donnera une chance de plus de ne pas voir récidiver l'affection ;

3° Lorsqu'un prolapsus se sera reproduit après une intervention, il sera tout indiqué de chercher à mieux faire en oblitérant le cul-de-sac dont la profondeur peut être une des causes de la récidive ;

4° Enfin, même chez les femmes pour lesquelles la laparotomie ne s'impose pas, un chirurgien sûr de son asepsie aura avantage à employer ce procédé pour avoir raison, d'une façon plus certaine, d'un prolapsus, quand celui-ci de cause quelconque, de par son ancienneté, aura certainement provoqué un accroissement de profondeur du cul-de-sac de Douglas.

Bien évidemment l'opération devra être complétée par le raccourcissement des ligaments ronds et les périnéorrhaphies antérieure et postérieure.

Contre-indications. — Par contre, le procédé présente des contre-indications non moins nettes. 1° Nous ne croyons pas que ce procédé soit applicable aux prolapsus congénitaux, puisqu'ils sont sous la dépendance de phénomènes pathologiques qui entraînent d'autres lésions si importantes (spina bifida, pied bot) que la survie est une exceptionnelle rareté ;

2° Plus tard quand le prolapsus utérin accompagne d'autres anomalies comme par exemple, le syndrôme de Tuffier (Thèse de Lévi-Bram), ou de ptoses viscérales complexes ; qu'importe de traiter un des symptômes isolés d'une affection générale caractérisée par le relâchement de tous les tissus. La chirurgie est impuissante et le traitement serait inefficace. Il faut se résoudre alors aux moyens médicaux qui peuvent rendre de grands services et déterminer une amélioration notable.

Le rein flottant sera maintenu en place par un ban-

dage approprié, les intestins seront relevés par une ceinture abdominale, et la rétrodéviation accompagnée de prolapsus sera combattue au moyen d'un pessaire. Cependant, même dans ces cas (Obs. III), on peut tenter encore une intervention puisqu'elle nous a donné un résultat satisfaisant.

3° On ne songera pas non plus à oblitérer le cul-de-sac de Douglas chez une femme qui après un ou plusieurs accouchements, ayant subi une déchirure ou un effondrement du périnée, verra se produire un prolapsus.

Si l'on intervient avant que les moyens de fixité ne soient complètement relâchés, avant que le Douglas n'ait encore eu le temps de se laisser distendre, il est certain qu'une opération abdominale sera inutile et une colpo-périnéorrhaphie sera suffisante.

4° Chez les grandes multipares ou chez les femmes âgées avec des prolapsus complets, douloureux et ulcérés, une seule opération s'impose : l'hystérectomie abdominale avec fixation du moignon, complétée par une intervention sur le périnée.

En résumé, il y aura toujours avantage à intervenir dans les cas que nous avons signalés quand on sera certain de sa propreté. C'est un moyen de se mettre à l'abri des récidives si fréquentes, si désespérantes pour la chirurgie et la malade ; qu'on peut toujours essayer.

OBSERVATIONS

M. Marion a bien voulu nous communiquer les trois observations qui l'ont amené à imaginer le procédé nouveau qu'il emploie dans les cas de prolapsus avec anomalie du cul-de-sac de Douglas, et dont les bons résultats l'ont encouragé à un emploi plus fréquent ; nous ajouterons une quatrième observation inédite et personnelle d'un cas analogue à ceux de M. Marion, nous avons d'autre part consulté le registre d'opérations du service Civiale à Lariboisière et nous avons relevé à titre de renseignements tous les autres cas dans lesquels ce procédé avait été employé.

Observation I

(Inédite, due à M. Marion).

Adèle V..., entre au mois d'août 1904, à l'hôpital Necker, adressée par son médecin pour prolapsus de l'utérus. Ce prolapsus est survenu peu à peu chez cette jeune fille de 19 ans, qui était porteuse de lait.

Dans la position gynécologique on peut constater, après avoir entr'ouvert la vulve, que l'hymen n'est pas rompu mais seulement dilaté. Le périnée, d'autre part, semble solide. Mais lorsque la malade fait un effort, on voit saillir à l'ouverture hyménéale une tuméfaction constituée par la paroi vaginale postérieure, et d'autre part, le doigt introduit sent à peu de distance le col de l'utérus.

Le palper abdominal combiné au toucher fait reconnaître une rétroversion très nette, la paroi vaginale antérieure n'a pas de tendance à descendre. Enfin par le toucher rectal, on constate que le rectum ne vient pas dans la saillie de la paroi vaginale postérieure. La malade se plaint de pesanteur dans le ventre, de tiraillements et même de douleurs dans la région lombaire. Les pertes blanches sont assez abondantes, les règles n'offrent rien d'anormal.

Cet état dure depuis six mois environ. Il s'aggrave petit à petit. Le début n'a pas été brusque à la suite d'un effort. Mais il faut remarquer que la malade, tous les matins, porte des pots de lait assez pesants et sur un long parcours.

Ne pouvant incriminer dans ce cas un relâchement du périnée qui est normal, je pensai qu'il s'agissait d'un cul-de-sac de Douglas anormalement développé dans lequel s'était faite une véritable hernie qui, secondairement, avait entraîné l'utérus mal suspendu.

Partant de cette idée, le 23 août 1904, je laparotomise cette jeune fille et constate en effet que l'utérus étant remis en place, le cul-de-sac de Douglas avait son fond à plus de 10 centimètres au-dessous de l'extrémité inférieure du col.

Je fis alors l'oblitération du cul-de-sac et complétai l'intervention par le raccourcissement des ligaments ronds et refermai l'abdomen.

Les suites furent très simples et la malade sortit guérie au bout de trois semaines.

En janvier 1908, j'eus l'occasion de revoir cette malade et je pus constater que le prolapsus ne s'était pas reproduit. Cette femme qui, de porteuse de lait est devenue bonne, n'est plus vierge aujourd'hui et malgré l'élargissement de la vulve, on ne trouve pas trace de chute de l'utérus. La malade n'a pas encore eu d'enfants.

Observation II

(Inédite, due à M. Marion).

Marie F..., jeune fille vierge de 19 ans, avait été adressée au mois de septembre 1907, à M. Frojet, interne de M. le Prof[e] Berger, que M Marion suppléait à l'hôpital Necker. Elle était bonne à tout

faire. On diagnostiqua un prolapsus qui se présentait dans des conditions identiques à celui de la malade précédente. Il s'était constitué peu à peu et se caractérisait par la saillie de la paroi postérieure du vagin à travers l'hymen dilaté et de l'utérus en rétroversion.

La malade venait surtout parce qu'elle éprouvait de violentes douleurs dans le bas-ventre au moindre effort.

Sur les conseils de M. Marion, M. Frojet pratiqua la fermeture du cul-de-sac de Douglas, et aidé de M Marion, compléta l'opération par le raccourcissement des ligaments ronds suivant le procédé de Dartigues et Caraven.

Le résultat immédiat fut bon et lorsque la maladie sortit, on pouvait constater que même pendant les plus violents efforts il n'existait aucune tendance de l'utérus à descendre.

Observation III

(Prise dans le service Civiale, Obs. N° 12).

B... Louise, 31 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital, le 6 janvier 1908, parce qu'elle souffre dans le côté droit ; elle dit avoir toujours souffert dans ce côté.

Cette femme est mariée depuis sept ans, mais elle n'a jamais eu d'enfant ni fait de fausse couche.

En novembre 1907, la malade était venue consulter dans le service dont M. Hartmann était alors le chef. On lui découvrit un rein mobile descendu très bas, jusque dans le bassin.

Elle fut opérée le 5 novembre 1907.

Mais les douleurs anciennes reparurent quand la malade recommença à faire des mouvements.

Les règles sont plus fréquentes que normalement, mais peu abondantes. Au toucher on sent un col abaissé et qui regarde en haut et en avant. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse qui est le corps de l'utérus : les annexes peu perceptibles semblent saines.

Cette malade fut opérée le 11 janvier 1908 par M. Marion. Opération : Laparotomie médiane, catgut temporaire sur le fond de l'utérus.

Fermeture en bourse à deux étages du Douglas (*catgut et lin*). Les ligaments ronds sont attirés à travers le ligament large et suturés ensemble en arrière de l'utérus au fil de lin (procédé Dartigues et Caraven).

Ablation de l'appendice et enfouissement en bourse du moignon. Fermeture de la paroi : 2 surjets de catgut et lin, surjet de renforcement sur la gaine des droits au fil de lin.

Cette malade sort parfaitement guérie le 4 février 1908.

Revue en juillet, la malade est restée complètement guérie.

Observation IV

(Inédite et personnelle).

Marguerite D..., 42 ans, entre le 27 juin 1908 à l'hôpital St-François, dans le service du docteur Arnould.

Antécédents : elle a eu deux enfants, le premier il y a vingt ans. A la suite de son accouchement, légère déchirure de la fourchette immédiatement réparée à l'aide d'une serre-fine. Une seconde couche deux ans après, normale, sans lésions.

Mais depuis la malade éprouvait des pesanteurs dans le bas-ventre, avec des tiraillements, sensation de lourdeur. Douleurs vagues et mal définies dans la région lombaire et le petit bassin. Ces douleurs sont plus accentuées dans la station debout, bien que la malade dit n'être pas complètement soulagée dans la position assise ou couchée.

Sans profession, elle vaque aux soins de son ménage, mais depuis quelque temps elle souffre davantage, ne pouvant se livrer à ses occupations habituelles, elle a même été obligée de rester plusieurs jours au lit et c'est alors qu'elle vient consulter.

Au toucher vaginal, on sent un col reporté vers le pubis, et descendu vers l'orifice vaginal qu'il vient presque affleurer et de plus on perçoit une masse dure dans le cul-de-sac de Douglas se conti-

nuant avec le col et que l'on diagnostique l'utérus en rétroversion. Pas de cystocèle ni de rectocèle. Le toucher rectal fait percevoir le corps de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas ; et de plus un doigt placé dans le vagin et l'autre dans le rectum, se touchent au travers d'une paroi très peu épaisse, en dessous de l'utérus rétroversé. Le périnée est dans un état d'insuffisance manifeste.

Tout fait prévoir un cul-de-sac de Douglas anormalement développé, et M. Arnould, d'accord avec M. Marion, décident l'opération.

Opération. — Elle fut pratiquée par M. le docteur Arnould, le 10 juillet. Ouverture de la paroi abdominale sur une ligne allant de l'ombilic au pubis. Les anses intestinales sont herniées dans une espèce d'entonnoir qui débute à la limite du bord supérieur des replis utéro-sacrés de Douglas. Elles sont relevées et maintenues par des compresses, et on aperçoit l'utérus retroversé dans le cul-de-sac de Douglas. Sur sa face postérieure à gauche, on constate un petit fibrome gros comme un œuf de pigeon, qui est enlevé. Après le redressement de l'utérus, le cul-de-sac de Douglas apparaît comme une véritable cavité qui, mesurée à l'hystéromètre, donne une profondeur d'environ 10 centimètres à partir de l'insertion du vagin.

Quatre fils de lin sont passés et serrés en bourse, à la manière que nous avons décrite, l'utérus est ramené en bonne position et s'y maintient. On complète son redressement par la fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale, et on termine l'opération par une colpopérinéorrhaphie postérieure.

Nous revoyons la malade le 28 septembre 1908, et nous constatons que le périnée est solide et ne bombe pas sous l'effort. Quand on dit à la malade de pousser, rien n'affleure à la vulve. Nous touchons la malade debout et couchée, et dans les deux positions, nous constatons l'utérus très haut placé, en position antéfléchie, le col est refoulé en arrière dans le haut du cul-de-sac postérieur. Le toucher rectal et vaginal conbiné permet de se rendre compte de l'oblitération du cul-de-sac de Douglas.

La malade n'éprouve plus aucun des troubles qui l'avaient amené à consulter et qui avaient nécessité l'intervention. Elle a repris ses travaux et son état est excellent.

Observation V (1)

N° 118. — C..., Rosa, femme G..., 21 ans, plumassière. Entre à l'hôpital le 11 mars 1908 pour cystocèle et prolapsus utérin.

Opérée le 14 mars par M. Marion.

1° Laparotomie. — *Fermeture du cul-de-sac de Douglas par 5 étages de suture en bourse ;*

2° Fixation des ligaments ronds en arrière de l'utérus ;

3° Fixation de la vessie à la paroi par 3 fils de lin ;

4° Incision au-dessous de l'urèthre, découverte et suture des releveurs au-dessous de la vessie.

Drain abdominal.

Cette malade sort le 14 avril, la vessie n'est pas procidente, et l'utérus est solidement maintenu en place.

Observation VI

N° 148. — B..., Marie, 48 ans, ménagère, entre le 30 mars 1908. M. Marion fait le diagnostic de prolapsus utérin avec cystocèle et périnée insuffisant et l'opère le 4 avril.

Laparotomie. — *Fermeture du Douglas par 3 étages en bourse.*

Fixation des ligaments ronds par le procédé Dartigues et Caraven.

Fixation de la vessie à la paroi par trois fils de lin.

Suture des releveurs en avant après dédoublement de la muqueuse vaginale.

Périnéorrhaphie postérieure.

Cette malade sort le 8 mai et on constate les bons effets de l'intervention.

Observation VII

N° 174. — C..., Eléonore, veuve D..., 34 ans, couturière. Entre le 16 avril. Prolapsus utérin avec cystocèle et périnée antérieurement opéré.

(1) Cette observation et les suivantes proviennent du cahier d'opération du service Civiale.

Opérée le 27 avril par M. Pappa, assistant adjoint.

1° Laparotomie. — *Suture en bourse du cul-de-sac de Douglas par 3 étages* de fil de lin. Raccourcissement des ligaments ronds (Dartigues et Caraven), suspension de la vessie par trois fils de lin à la paroi.

2° Périnéorrhaphie antérieure par rapprochement des releveurs de l'anus. La malade sort le 22 mai.

Observation VIII

N° 175. — B. P..., Pauline, femme M. ., 36 ans, concierge. Entre le 31 mars ; opérée par M. Marion, le 27 avril.

Prolapsus utérin avec cystocèle, périnée en mauvais état.

Même intervention que la malade précédente avec en plus périnéorrhaphie postérieure.

Observation IX

N° 180. — G..., Léontine, femme B .., 38 ans, cuisinière. Entre le 28 avril. Opérée par M. Marion le 2 mai.

Laparotomie médiane : Hystéropexie par *accolement du Douglas* et raccourcissement rétro-utérin des ligaments ronds. Drainage.

Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure suivant le procédé habituel. Le drain fut enlevé après 48 heures.

La malade sortit le 28 mai, ne présentant plus aucun phénomène de prolapsus.

CONCLUSIONS

De cette étude nous croyons pouvoir conclure :

1° Tout prolapsus génital est accompagné primitivement ou secondairement d'une augmentation de profondeur du cul-de-sac de Douglas ;

2° Cette anormale profondeur primitive du cul-de-sac de Douglas peut nous être expliquée par l'embryologie ou l'action de causes pathologiques variées. Dans ce cas, l'augmentation de profondeur peut être l'origine du prolapsus ;

3° L'augmentation de profondeur peut être consécutive au développement du prolapsus lui-même. Dans ce cas, elle tend à en aggraver l'importance ;

4° Il est donc logique de fermer le cul-de-sac de Douglas pour empêcher l'effet de la pression abdominale, remettre l'utérus en bonne position, l'empêcher de reprendre une rétro-position, accessoirement le suspendre ;

5° L'opération proposée est une opération par la voie abdominale consistant dans la fermeture en bourse du cul-de-sac de Douglas. L'opération, du reste, doit être complétée, le cas échéant, par des interventions sur le périnée ;

6° Pratiquement, les résultats ne sont pas encore suffisamment nombreux pour faire juger d'une façon définitive de la valeur du procédé, cependant nous pouvons

constater son innocuité absolue, et son efficacité à distance chez quelques malades ;

7° Il ne trouve pas de contre-indications véritables dans le danger d'une laparotomie, ni dans les suites éloignées au point de vue de la grossesse ;

8° Nous le considérons indiqué chez les vierges, chez les nullipares ou chez les multipares pour lesquelles une lésion abdominale indique une laparotomie, chez les malades qui présentent un prolapsus récidivé.

Mais il nous semble contre-indiqué pour le traitement des prolapsus récents d'origine obstétricale, pour les procidences des vieilles femmes, pour les prolapsus congénitaux, ou ceux qui sont liés à une débilité générale et associés à d'autres ptoses graves.

Sans être formellement indiqué il sera toujours employé avec avantage par le chirurgien sûr de son asepsie, chez les femmes qui présentent un prolapsus de vieille date, même si ce prolapsus ne s'accompagne pas de lésions indiquant formellement une laparotomie.

Vu :
Le Président de thèse,
Paul BAR.

Vu :
Pour le Doyen, l'assesseur,
G. POUCHET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Ardilouze. *De l'hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin.* Thèse de Paris, 1903.

Barse. Thèse de Montpellier, 1905.

Berger. *Congrès français de chirurgie*, 1896.

Bouilly. *Congrès de chirurgie*, 1896.

Chaduc. *Etiologie des prolapsus génitaux chez les nullipares.* Thèse de Lyon, 1904.

Delbet. *Traité des suppurations pelviennes (anatomie chirurgicale du petit bassin).*

Duval (P.). *Presse médicale*, 22 novembre 1902.

Ferry. *Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiate intra-péritonéale par les ligaments ronds dans les rétro-déviations.* Thèse de Paris, 1906.

Forestier. *Contribution à l'étude de l'antéflexion congénitale de l'utérus.* Thèse de Paris, 1901.

Frommel. *Zeitsch. f. Geb.*, XXVII.

Fredet. Péritoine des organes génitaux urinaires, in *Traité d'anatomie* de Poirier.

Guibé. *Chirurgie de l'abdomen* (collection de Précis de technique opératoire, par les prosecteurs de la Faculté de Paris).

Guinsbourg (M^lle^). *Prolapsus utérin chez les nullipares.* Thèse de Paris, 1908.

Hudelot. In *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus.

Jaboulay. In *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet.

Lenormant. *Le prolapsus du rectum. Causes et traitement opératoire.* Thèse de Paris, 1903.

Levi-Bram. *Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité des tissus (Syndrome de Tuffier).* Thèse de Paris, 1898.

Marchant (Gérard). *Presse médicale*, 1900.

Marion. *Manuel de technique chirurgicale*, 1908.

Peters. Ovariotomie per anum. *Wiener klin. Wochenschr.*, n° 5, 1er février 1900.

Pichevin. In *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet.

Pierrepont (Ch. de). *Contribution à l'étude des prolapsus génitaux.* Thèse de Paris, 1904.

Piquand. *Revue de gynécologie*, janvier-février 1908.

Pozzi. *Traité clinique et opératoire de gynécologie.*

Proust. *Presse médicale*, 22 novembre 1902.

Rathke. *Abhandlungen zur Bildung und Entwickelungsgeschichte des Menschen und der Thiere*, 1832.

Renaud-Hue. *Revue de gynécologie*, janvier-février 1908.

Retterer. *Journal de l'anatomie*, 1890.

— *Société de biologie*, 1905.

Reynier. Prolapsus utérin des vierges *Congrès de chirurgie*, 1896.

Sanger. *Centralb. f. Gyn.*, 1896, n° 9.

Smellie. Des chutes du vagin et de l'utérus. *Recueil*, XLIV.

Testut. *Anatomie topographique.* Rapports de l'utérus, rapports du rectum pelvien chez la femme.

Trélat. *Annales de gynécologie*, 1889.

— *Clinique chirurgicale*, t. II, 1891.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 7

INTRODUCTION 11

CHAPITRE I. — **Causes de l'anormale profondeur du cul-de-sac de Douglas** 15

CHAPITRE II. — **Mode d'action du cul-de-sac de Douglas d'une profondeur anormale** 25

CHAPITRE III. — **Aperçu sur les différents procédés employés pour l'oblitération du cul-de-sac de Douglas** 30

CHAPITRE IV. — **Procédé d'oblitération du cul-de-sac de Douglas par la voie abdominale. — Technique opératoire** 41

CHAPITRE V. — **Valeur du procédé d'oblitération du cul-de-sac de Douglas employé par M. le Dr Marion** 49

CHAPITRE IV. — **Indications** 53

OBSERVATIONS 57

CONCLUSIONS 65

BIBLIOGRAPHIE 67

Figure I 27

— II 43

— III 45

Saint-Brieuc. — Typ. Fr. GUYON (2632-10-8).